

# 証 明 書

知 内 町 長 様

令和 年 月 日

以下の者は健康保険の  被保険者 の資格を  取得  喪失 したことを証明する。  
 被扶養者

保険者 所在地 \_\_\_\_\_  
 または 名称 \_\_\_\_\_  
 事業主 代表者 \_\_\_\_\_ (印)  
 TEL \_\_\_\_\_

保険者名		記号		
保険者番号		番号		
被保険者住所	上磯郡知内町字			
被 保 険 者	氏名	続柄	資格取得・喪失年月日	喪失理由※
	生年月日		(喪失日は退職日の翌日)	(その他の場合は理由を備考欄へ)
	年 月 日	本人	年 月 日 (退職日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> その他
被 扶 養 者	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者喪失 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療への加入 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> その他
備考※				

■被保険者および国民健康保険の資格を取得または喪失する被扶養者全員の項目を必ず記入してください。  
 また、被扶養者の異動のみの場合でも被保険者欄（資格取得・喪失年月日を除く）をご記入ください。